

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PNEUMONIE
PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 24 Juillet 1900, à 3 h.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Mince DOUMANOFF

Né à Trojan (Bulgarie), le 15 Octobre 1874

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. SPILLMANN	professeur.....	{	Président.
		HERRGOTT	professeur.....		Juges.
		ETIENNE	agrégé.....		
		PARISOT	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1900

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PNEUMONIE
PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 24 Juillet 1900, à 3 h.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Mimco DOUMANOFF

Né à Trojan (Bulgarie), le 15 Octobre 1874

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. SPILLMANN	professeur.....	<i>Président.</i>
		HERRGOTT	professeur.....	
		ETIENNE	agréé.....	<i>Juges.</i>
		PARISOT	agréé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



NANCY

A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS *, I.

Assesseur : M. BERNHEIM, *, I.

Professeurs honoraires : MM. HERRGOTT *, I., HECHT *, I., BEAUNIS *, I.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I., professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS *, I., professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I., professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I., professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, I., professeur.
Chimie médicale et toxicologie....	M. GARNIER, I., professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I., professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I., professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I., professeur
Hygiène.....	M. MACÉ, I., professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I., professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I., professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I., professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A., professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I., professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, I., professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A., professeur.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I., professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, I., agrégé libre, ch. du cours
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I., agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, *, A., agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, A., agrégé, ch. du cours.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, A., agrégé libre, ch. du cours

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, I.	MM. ETIENNE.	MM. JACQUES, A.
HAUSHALTER, I.	ZILGIEN.	LAMBERT.
FÉVRIER, *, A.	FROELICH, A.	BOUIN.
GUILLOZ, A.	SCHUHL, A.	ANDRÉ.

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I., VAUTRIN, A., REMY, A.,
P. PARISOT, I.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, M., A., Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA MÈRE

A mon Président de Thèse :
MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

A MONSIEUR GEORGES ÉTIENNE
PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Ayant remarqué le pronostic grave que les auteurs attribuaient à la pneumonie gravidique, autant pour l'enfant que pour la mère, M. le Professeur agrégé G. Etienne nous conseilla de prendre pour sujet de notre thèse : *La pneumonie pendant la grossesse*, afin que nous puissions démontrer que, si le pronostic est réellement grave pour l'enfant, il est relativement bénin pour la mère.

Nous n'avons pas la prétention de pouvoir démentir les résultats fournis par les statistiques, car pour cela il nous faudrait beaucoup plus d'observations et d'étude clinique, que celles dont nous pouvons disposer : « Pour avoir une statique exacte, il faut, disait Grisolle, posséder indistinctement tous les faits observés, et non ceux qu'on ne publie souvent que parce qu'ils offrent quelque particularité remarquable ou insolite ou pour venir à l'appui d'une méthode thérapeutique qu'on professe. » Tout au moins, pourrions-nous attirer l'attention des observateurs sur ce point afin qu'ils puissent mieux juger la question.

Après un historique dans lequel nous rapporterons les différentes opinions des auteurs qui se sont occupés de la

question, nous étudierons dans un premier chapitre l'étiologie, pathogénie et fréquence de la pneumonie pendant la grossesse ; dans un second chapitre, l'influence de la grossesse sur la marche de la pneumonie ; dans un troisième, l'influence de la pneumonie sur la marche de la grossesse ; dans le quatrième et le cinquième nous étudierons le pronostic et le traitement dont nous nous bornerons à signaler quelques particularités, et enfin, nous donnerons les conclusions qui nous semblent devoir être tirées de nos considérations.

Mais avant d'aborder notre sujet, c'est pour nous un devoir de remercier tous nos maîtres de la Faculté de Nancy dont les leçons ont contribué à notre instruction médicale.

Que M. le Professeur Spillmann, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien croire à notre sincère reconnaissance. Nous n'oublierons jamais les leçons cliniques qu'il nous a prodiguées au lit des malades.

Nous avons une autre dette de reconnaissance à acquitter envers M. le Professeur agrégé Georges Etienne. Nous lui sommes particulièrement obligé pour sa bienveillance et les conseils qu'il nous a donnés pendant l'accomplissement de notre travail.

Que M. le professeur agrégé Schuhl, auprès de qui nous avons trouvé un accueil bienveillant, nous permette de lui adresser nos vifs remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Historique

De tout temps on avait considéré les maladies aiguës, survenues pendant la grossesse, comme très graves, autant pour l'enfant que pour la mère. Pour Hippocrate, toute maladie aiguë survenue pendant la gestation est mortelle. « *Mulierem utero gerentem capi ab aliquo morbo acuto lethale est* », dit-il. Mais cet auteur ne rapporte pas d'observations relatives au sujet qui nous intéresse.

La première observation publiée, de ce genre, revient à l'éminent accoucheur français du xviii^e siècle, Mauriceau (*Traité des maladies des femmes grosses*, t. I, Paris 1740). Il porte aussi un pronostic très *fâcheux*, lorsqu'une maladie aiguë survient au cours de la grossesse.

De La Motte (*Traité complet des accouchements*, Paris 1722), émet la même opinion. Mais Putegnat (*Pathologie interne du système respiratoire*, Paris, 1839) considère cette manière de voir comme trop exagérée.

Pour trouver un travail d'ensemble et plus complet sur ce sujet, il faut arriver à Grisolle, qui a consacré un chapitre à

cette question dans son *Traité de la pneumonie* (I édit. 1841 ; II édit. 1864). Il a pu recueillir dix-huit observations, dont huit femmes mortes et moitié des cas, avortements ou accouchements prématurés. Il considère la pneumonie gravidique comme beaucoup plus grave qu'en dehors de la gravidité.

En 1843 Requin, dans son livre (*Elément de path. médic.*) dit, qu'en règle à peu près sans exception, on peut dire que, lorsqu'une pneumonie atteint une femme pendant la grossesse, elle avorte et meurt bientôt après. De même Franck (*Path. int.*, 1840) et Max. Stoll (*Médecine pratique*, Paris 1855) portent un pronostic grave en pareils cas.

Bourgeois en 1861 (*Mém. d'Acad. de méd.*) rapporte douze cas de pneumonie chez la femme enceinte, dans lesquels, il y a eu deux morts, et huit fois la grossesse a été interrompue. Il en conclut, que la femme grosse atteinte de pneumonie se trouve assurément exposée à des dangers plus grands que dans les conditions ordinaires.

Un peu plus tard, Verrier en 1865 (*Mém. d'Acad. de méd.*) a fait un rapport sur cette question à la séance du 24 octobre de l'Académie de médecine ayant principalement pour objet le traitement de la pneumonie au cours de la grossesse, et en 1868 (*In Bull. de l'Acad. de Belgique*, n° 5), un autre rapport sur l'influence de la pneumonie et de la pleurésie sur la grossesse et les suites de couches. Pour lui, la pneumonie pendant la grossesse est aussi grave avant qu'après le sixième mois.

Gusserow (*Monatschrift f. Geburtch.* xxxii 1868), étudie les causes de l'interruption de la grossesse, quand la pneumonie survient au cours de celle-ci. C'est lui qui, le premier, a insisté sur l'importance, en cette circonstance, de la gêne circulatoire. Il dit que la pneumonie pendant la grossesse est

toujours plus grave qu'en temps ordinaire et beaucoup plus dangereuse chez la femme accouchée, que chez celle où l'expulsion n'a pas eu lieu ; à l'appui de son opinion, il cite l'accoucheur anglais Tanner.

Dans le *Journal de médecine de Bruxelles*, en 1870, a paru un mémoire de Chatelain, qui mérite une mention spéciale. Chatelain a recueilli trente-neuf observations de pneumonie chez la femme enceinte, dont deux personnelles, dix-huit de Grisolle, douze de Bourgeois, deux de Mazade, deux de Habrand, une de Moginot, une de Thirion et une de Simon. Il a constaté dix-neuf avortements ou accouchements prématurés et dix morts.

Chatelain admet que l'expulsion du fœtus est un fait favorable, car elle fait, dit-il, disparaître un des éléments producteurs de l'accélération du pouls et de la gêne respiratoire, et favorise ainsi la résolution de la phlegmasie. Marchant (*Journal de Bruxelles* 1879) défend cette opinion de Chatelain, tandis que Matton (*Journal de Bruxelles*, mai 1879) est d'un avis contraire. Celui-ci dit que, l'expulsion du fœtus affaiblit l'état général et occasionne un traumatisme dont l'effet révulsif est annihilé par l'excès de fibrine et par la disposition inflammatoire qui se trouve accrue.

En 1873, Wernich lut à la Société des accoucheurs de Berlin un mémoire très intéressant (*Berlin. Zeit.*, t. II ; *Deutsche Klin.*, 1873 ; *Berlin. Klin. Woch.*, 1873), où il rapporte trois cas de pneumonie pendant la gestation. Comme Gusserow, il voit le danger de la complication pneumonique pendant la grossesse, plutôt dans les organes de la circulation que dans ceux de la respiration. Wernich rejette l'intervention artificielle comme moyen de traitement. Martin, à la même séance, émet une opinion semblable. Les douleurs, les congestions, l'excitation,

dit-il, qui se produisent pendant le travail, agissent mal sur l'organisme déjà gravement affecté. Il rapporte, en outre, trois observations de pneumonie gravidique dont une mort et deux guérisons.

A peu près à la même époque, Fasbender (*Berlin. Beitr.*, t. III, 1849), communique huit cas de pneumonie au cours de la grossesse. Dans sept cas, l'accouchement survint pendant la maladie qui s'aggrava dans les suites des couches; deux cas se terminèrent par la mort. Il considère l'expulsion du fœtus comme une circonstance favorable, en augmentant la profondeur respiratoire, qui, suivant l'expérience de Eichhorst, serait diminuée.

Ricau en 1874 a fait une très remarquable thèse sur la pneumonie pendant la grossesse; il a résumé les travaux faits sur ce sujet par Grisolle, Bourgeois et Chatelain. Il ajoute aux dix-huit cas de Grisolle, douze de Bourgeois et neuf de Chatelain, une observation personnelle, ainsi que celles de Martineau, Doléris et Watelle père; il arrive ainsi à réunir quarante-trois cas dans un tableau dont il tire les conclusions suivantes : La pneumonie qui frappe la femme enceinte acquiert, par le fait de la grossesse, un degré de gravité qu'elle n'a pas dans les conditions ordinaires de la vie; plus la grossesse est près du terme et plus elle court le risque d'être supprimée par une pneumonie intercurrente; le danger pour la femme est plus grand dans les trois derniers mois. Ricau note, en effet, sur vingt-huit cas précédant le cent-quatre-vingt-huitième jour de la gestation, vingt-trois guérisons dont six avec avortement, tandis que dans les quinze cas, survenus après cette période, il y a eu huit guérisons (cinq avec avortement et trois sans avortement) et sept morts, dont deux après l'accouchement. Il considère aussi l'expulsion du fœtus

comme un fait qui détermine parfois une amélioration prononcée dans l'état de la malade et favorise la résolution de la pneumonie.

A cette date, ont été publiées d'autres observations isolées qui se trouvent dispersées dans la littérature médicale ; telles sont : celle de Wancoestem, de Valsalva, d'Aran, de Thirion, (de Namur), de Béhier, de Doléris et de Gillet de Beauzée.

Dans son ouvrage sur la pleurésie concomitante à la grossesse, Fischl (*Prager vierteljahresschrift*, 1873) trouve les dangers apportés par la pleurésie tout à fait analogues à ceux de la pneumonie. Il admet avec Jurgensen que *l'exitus letalis* dans la pneumonie est toujours causé par l'insuffisance fonctionnelle du cœur. Fischl refuse la provocation de l'accouchement artificiel dans la grossesse compliquée par une pneumonie. Il rapporte une statistique de trente-et-une observations de pneumonie gravidique, qui, sans provocation artificielle de l'accouchement, eurent une issue plus favorable que les vingt-et-un cas de Gusserow, où l'accouchement artificiel avait été provoqué.

En 1876, l'étude des maladies aiguës entre dans une nouvelle période. Jurgensen, se basant sur la marche cyclique de la pneumonie, déjà notée par les écoles de Leipzig et de Vienne, et sur l'épidémicité (signalée parfois) de cette maladie, osa déclarer que, derrière la phlegmasie des poumons, il existe quelque chose d'autre et que la vraie pneumonie « croupale » doit être considérée comme une maladie générale infectieuse à localisation pulmonaire. Déjà Grisolle soupçonnait la nature infectieuse de la pneumonie, lorsqu'il notait dans son excellent traité, que, de temps en temps, on voit les pneumonies apparaître en plus grand nombre, et présenter tous les caractères d'une maladie épidémique,

caractères expliquables seulement par un agent morbide, « *occulte et insaisissable* », dont les conditions atmosphériques ne faisaient que favoriser l'action. Mais c'est à Jurgensen que revient le mérite d'avoir réussi à diriger et à fixer l'attention générale sur cette théorie, qui mit sur la voie de la nature microbienne de la pneumonie, maintenant bien établie par les recherches de Talamon, Fraenkel, Netter, Weichselbaum et d'autres. Dès ce moment les accoucheurs ont commencé à s'occuper avec le plus grand intérêt de la complication de la grossesse par la pneumonie.

Runge (*Arch. für gyn.*, XXV, 1877 et *Volk. caml. klin. Fort.*) a cherché à appuyer les observations cliniques déjà anciennes de Kaminski (*Moskauer méd. Zeitung.*, 1867) par des expériences sur l'influence de l'hyperthermie sur les femmes grosses. De ces expériences il conclut que l'hyperthermie dépassant 41°5 pendant un certain temps (20 à 30 minutes) tue les petits *in utero* ; d'où la conséquence suivante : nécessité de pratiquer l'opération césarienne chaque fois que la mère atteindra cette température, degré thermique au-delà duquel la vie de la mère est compromise.

Bergerio (*Annali di ostericia*, 1879) a bien étudié cette question. Prenant en considération les modifications physiologiques des organes respiratoires pendant la grossesse (diminution du diamètre profond du thorax, agrandissement du diamètre transverse, diminution de la capacité vitale des poumons, etc.), cet auteur les trouve insuffisantes pour expliquer les allures graves revêtues par les maladies aiguës des poumons survenant au cours de la grossesse. Il a recueilli 54 observations, la plupart personnelles, sur lesquelles 34 femmes atteintes de pneumonie dans les six premiers mois de la grossesse (13 avortements, 10 morts) et 20 femmes

atteintes pendant les trois derniers mois (10 accouchements prématurés, 9 morts). Il admet la provocation de l'accouchement artificiel pendant les trois derniers mois de la grossesse.

Outre ces travaux on trouve, dispersées dans la littérature médicale, des observations isolées, telles que les deux cas de Léopold, ceux d'Adams, de Valentin, de Simpson, Schenk, Hofmeyer, six de Brieger, ceux d'Auvard, Verlet et les deux de Lehfeldt.

En 1885, Coli, dans sa *Thèse de Bologne*, a pu recueillir 40 cas pris dans les cliniques d'Italie. Sur ces 40 cas il y a eu 15 femmes atteintes de pneumonie pendant les six premiers mois de la gestation (3 morts, 6 avortements) et 25 femmes atteintes de pneumonie pendant les trois derniers mois de la gestation (7 morts, 6 accouchements prématurés). Il n'admet l'accouchement artificiel que comme ressource extrême, dans les pneumonies doubles, dans les cas de complications de la pneumonie par une affection cardiaque, et surtout lorsqu'on pense que l'utérus gravide gêne la respiration.

C'est à Netter que nous devons l'étude du pneumocoque dans toutes ses manifestations, c'est lui qui a démontré la transmission intra-utérine des affections à pneumocoque, d'abord chez le cobaye, par ses nombreuses expériences de 1886, et trois ans plus tard chez la femme. Le 9 mars 1889, à la société de biologie, M. Netter a signalé un cas dans lequel un enfant, né d'une mère atteinte de pneumonie franche, mourut 5 jours après sa naissance. De l'examen anatomique, microscopique et bactériologique, fait par Netter, il résulta qu'il s'agissait manifestement d'une contamination pneumonique d'origine maternelle par l'intermédiaire du placenta. A l'appui de la transmission intra-utérine des affections à

pneumocoque par la mère à l'enfant, il faut encore noter les observations de Thorner, de Marchant, de Strachan, de Birch-Kirschfeld, de Viti et de Lévy ; mais, dans tous ces cas, sauf celui de Lévy, l'examen bactériologique ne fut point pratiqué. Les deux observations de Foa-Ufréduzzi et de Heker, appartiennent à la même catégorie de faits.

Dans les *Annales de Gynécologie* de 1889, M. Wallich a publié, sur ce sujet, une revue générale dont voici le résumé : La pneumonie est aggravée par le fait de la grossesse, mais celle-ci n'a pas d'influence sur la fréquence de la pneumonie chez la femme enceinte. D'autre part, la pneumonie détermine le plus souvent l'avortement ou l'accouchement prématuré, et l'interruption de la grossesse est trop souvent suivie de la mort de la mère. Le nouveau-né peut être indemne ou présenter des symptômes indiquant une infection pneumococcique, le pneumocoque pouvant être transmis par le sang à travers le placenta.

Barthélemy (*Th. de Toulouse*, 1891) joint aux 43 cas de Ricau et aux 40 cas de Coli, 5 nouveaux cas, dont 3 trouvés dans les divers recueils médicaux, un inédit, communiqué par M. le docteur Chamberlent, et enfin un personnel. Sur ces 88 cas, 45 fois les femmes étaient enceintes de moins de six mois, il y a eu 15 avortements, ce qui fait exactement un tiers du nombre total, les 43 autres femmes étaient dans les trois derniers mois de leur grossesse, 28 fois on a noté l'accouchement prématuré, ce qui fait à peu de chose près, les deux tiers du nombre total. Il arrive à des conclusions absolument analogues à celles de Ricau et de Coli, savoir : Dans les six premiers mois de la grossesse la pneumonie produit l'avortement dans un tiers des cas ; elle le produit dans les deux tiers des cas pendant les trois derniers mois.

Il admet la provocation de l'accouchement artificiel dans les trois derniers mois, dès le début de la maladie, de façon à ne pas laisser infecter le fœtus par la pneumocoque.

Parmi les travaux les plus complets il faut signaler l'excellente thèse de Flatté (*Th. Paris*, 1892), qui a tâché de recueillir le plus grand nombre possible d'observations qui ont été publiées dans les divers travaux français et surtout dans les travaux allemands. Sur 239 cas qu'il a pu recueillir, il note 75 fois la mort de la mère, ce qui fait une mortalité de 31,4 pour 100, chiffre assez élevé pour faire considérer le pronostic comme grave; il fait observer cependant, qu'on doit tenir compte dans l'interprétation de cette donnée, de l'influence du sexe sur le pronostic de la pneumonie. Il dit, en effet : les statistiques de Frank, de Chomel, de l'hôpital de Munich, de Huss et de Wunderlich montrent que, toutes choses égales d'ailleurs, la mortalité est toujours plus élevée chez la femme que chez l'homme. En admettant avec Jurgensen, que la mortalité de la pneumonie est, chez l'adulte, sans distinction de sexe, de 10 à 15 p. 100, la grossesse augmente ce chiffre de deux fois et demie environ.

Il constate une gravité plus grande pour la mère pendant les trois derniers mois que pendant les six premiers mois de la grossesse. Sur 119 cas de pneumonie pendant les trois derniers mois de la gestation, il signale 44 morts, soit une mortalité de 36,9 %, et 22 morts sur 94 cas de pneumonie survenus au cours des six premiers mois, ce qui fait une mortalité de 23,4 %.

Flatté admet aussi l'augmentation de la mortalité maternelle dans les cas où l'expulsion du fœtus a eu lieu. Sur 78 cas suivis d'expulsion du fœtus, il y a eu 29 morts, soit une mortalité de 38,7 %. Pour lui la mortalité pour la mère, dans les

cas où il y a eu expulsion du fœtus, est presque aussi élevée avant qu'après le sixième mois.

Le pronostic pour les enfants, dit-il, est encore plus grave. Tous les enfants, expulsés avant le septième mois de la grossesse, meurent fatalement ; parmi les autres un grand nombre succombent aussi, bientôt après la naissance. La fièvre, l'accumulation d'acide carbonique dans le sang maternel et la mort primitive du fœtus, sont les causes de l'interruption de la grossesse.

En se basant sur ces faits, Flatté croit que l'accouchement artificiel est contr'indiqué dans le traitement de la pneumonie gravidique, que toute intervention énergique qui pourrait provoquer des contractions utérines doit être autant que possible évitée, et enfin que l'acte du travail doit être arrêté ou abrégé par tous les moyens possibles.

Parmi les travaux les plus récents sur ce sujet, il faut signaler encore la thèse de M. Deroubaix (*Thèse de Lille*, 1894) qui, comme tous les auteurs qui se sont occupés de la question, considère, avec M. Gaulard, le pronostic de la pneumonie gravidique comme ayant une gravité qu'il n'a pas lorsque la pneumonie apparaît en dehors de la période de la gestation. Ce pronostic, dit-il, est grave pour la mère et encore plus grave pour l'enfant. Il admet l'accouchement artificiel dans les cas de pneumonie grave, quand l'enfant est vivant et que tous les autres moyens ont échoué.

En 1896, un de nos maîtres, M. le professeur agrégé Schuhl (1) a publié un travail sur cette question. En passant en revue toutes les statistiques, faites sur ce sujet, M. Schuhl en retire les résultats suivants : 1^o La pneumonie a une

(1) *Presse médicale*, 1896.

grande gravité pendant la grossesse ; 2^o Le pronostic est plus grave pendant les trois derniers mois de la grossesse que pendant les six premiers ; 3^o La mortalité pour la mère est surtout élevée dans les cas où l'expulsion du fœtus a lieu pendant le cours de la pneumonie. Il se demande, si ces conclusions indiquent l'influence réelle de la grossesse et de l'interruption de la grossesse sur la marche de la pneumonie. Il est permis d'émettre des doutes à cet égard, dit-il, car une importante objection peut être faite au sujet des statistiques : c'est qu'on ne publie souvent, comme l'a fait remarquer Grissolle, que les observations qui offrent une particularité remarquable, tandis que les cas simples, qui ont évolué sans compromettre la santé, sont moins souvent jugés dignes d'être relatés.

Dans les quatre cas que M. Schuhl a publiés et que nous rapportons ci-dessous, ni la grossesse, ni l'accouchement, ni l'avortement n'ont eu les conséquences graves si souvent signalées.

Outre ces 4 cas, nous rapportons encore : une observation de Verlet (*Progrès méd.*, 1888), une de Hofmeyer (*Revue de Hayem*, 1886), une de Bousquet (*Gaz. hebdomadaire*, 1897), une que M. le professeur agrégé Etienne a observée dans le service de M. le professeur Spillmann et une recueillie dans le service de M. le professeur Bernheim.

Nous ajoutons à ces 9 cas les 3 cas rapportés par Barthélemy (*Th. de Toulouse*), les 3 cas de Deroubaix (*Th. de Lille*), les 5 cas de Flatté (*Th. de Paris*), les 8 cas de Ricau (*Th. de Paris*) recueillis dans les différents mémoires, les 3 cas, que M. Dieulafoy (*Path. int.*, 1896) dit avoir observé et dont l'issue a été favorable (deux dans les six premiers mois de la grossesse et un dans les trois derniers mois), enfin le cas de

Gilet Beauzée (*Gaz. des hôpitaux*, 1875) où la durée et la marche de la pneumonie ont été ordinaires et l'issue favorable, ce dernier dit en outre : « Un cas seul ne dit rien ; mais, si j'en appelle à mes souvenirs, l'opinion de Grisolle sur l'influence désastreuse de la grossesse en cas de pneumonie est très exagérée. » Nous arrivons ainsi à un total de 32 cas.

CHAPITRE II

Observations.

OBSERVATION I

(SCHUHL. — *Presse médicale*, 1896.)

Pneumonie du lobe supérieur du poumon droit, à la fin du septième mois de la grossesse. — Accouchement prématuré, au deuxième jour de la maladie. — Guérison.

Je suis appelé, le 6 février 1887, auprès de M^{me} V..., âgée de 28 ans, secondipare, qui se trouve à la fin du septième mois de la grossesse.

Dans la nuit du 5 au 6 février, cette femme avait eu un frisson et avait ressenti une douleur au dessous du sein droit.

A mon arrivée auprès de la malade, à 8 heures du soir, je constate une dyspnée intense, une température de 39°5, le pouls à 120. A l'auscultation, je trouve des râles crépitants dans la fosse sus-épineuse droite. Les crachats sont teintés de sang.

Le fond de l'utérus arrive à trois travers de doigt au dessus de l'ombilic. Le col a toute sa longueur ; il n'y a pas de contractions utérines douloureuses.

Le 7 février, à 3 heures du matin, la malade accouche d'un garçon vivant qui se présente par le sommet. Après le travail, la dyspnée ne diminue pas.

Le 9 février, il existe du souffle dans les fosses sus et sous-épineuses droites, le pouls est à 130. Je prescris une infusion de 75 centigrammes de feuilles de digitale.

10 février. — Pouls, 135. Mouvements respiratoires, 60 par minute. A l'auscultation, les symptômes sont les mêmes que la veille. On donne une seconde potion de digitale.

11 février. — Même état ; 3^e potion de digitale.

13 février. — Le pouls s'élève à 140. Le nombre des mouvements respiratoires est de 80 par minute. Délire pendant la nuit.

14 février. — L'état de la malade s'est amélioré. Température, 38°5 le soir ; pouls, 120. On entend des râles sous-crépitaux au sommet du poumon droit.

15 février. — Le matin, 37° ; pouls, 108 ; respiration, 48. Outre les râles sous-crépitaux du sommet du poumon droit, on entend des râles muqueux à la base du poumon gauche.

Les jours suivants, l'état de la malade a continué à s'améliorer et la convalescence n'a été troublée par aucun accident. L'involution utérine a été normale.

Le 16 février, on ne sentait plus l'utérus au-dessus du pubis. L'enfant, atteint de sclérème, a succombé le septième jour.

OBSERVATION II

(SCHUHL. — *Presse médicale*, 1896.)

Pneumonie du lobe supérieur du poumon droit, à la fin du deuxième mois de la grossesse. — Avortement au cinquième jour de la maladie. — Guérison.

M^{me} Z..., âgée de 26 ans, est enceinte pour la cinquième fois. Les trois premières grossesses ont été normales ; la quatrième s'est terminée en 1886 par un avortement au milieu du sixième

mois de la gestation. La grossesse actuelle aurait débuté au mois de mars 1887 : dernières règles le 9 mars.

Le 5 mai 1887, dans la matinée, la femme ressent un point douloureux sous le sein droit et a un frisson.

Elle avorte le 9 mai.

Je suis appelé auprès d'elle le 10 mai, à 5 heures du soir. Le pouls est alors à 128, la température est de 39°8 ; respiration, 64. Le ventre est souple, non douloureux. Le point de côté persiste ; les crachats sont rouillés. L'examen du thorax fait percevoir de la submatité dans les fosses sus et sous-épineuses droites et en avant dans les deux premiers espaces intercostaux droits. Souffle et râles sous-crépitaux dans les fosses sus et sous-épineuses droites. Je prescris des ventouses scarifiées à placer sur le côté droit de la poitrine, une infusion de 50 centigrammes de feuilles de digitale, du thé au rhum.

Le 11 mai, température du soir, 39° ; pouls, 120 ; respiration, 60. Le point de côté a disparu. À l'examen de la poitrine, les symptômes sont les mêmes que le jour précédent.

Le 12 mai, apyrexie. Terminaison par guérison.

OBSERVATION III

(SCHUHL. — *Presse médicale*, 1896.)

Pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche, au début du septième mois de la grossesse. — Défervescence le neuvième jour. — Accouchement au terme normal.

M^{me} R..., âgée de 25 ans, repasseuse, a été atteinte de pneumonie à l'âge de 5 ans. Son père est mort de pneumonie à l'âge de 64 ans.

Réglée pour la première fois à 12 ans, elle a ensuite été menstruée toutes les semaines pendant trois jours. Elle se dit enceinte pour la quatrième fois ; les deux premières grossesses ont été nor-

males, les accouchements ont été faciles, les enfants vivent encore. La troisième grossesse s'est terminée par un avortement au milieu du troisième mois de la gestation, alors que la femme était atteinte d'une bronchite.

La grossesse actuelle aurait débuté au mois de juillet 1890 ; dernières règles du 18 au 20 juillet.

Le 1^{er} février, c'est-à-dire au début du septième mois de la grossesse, survint un frisson avec point douloureux au côté gauche de la poitrine. Je constate le lendemain les signes d'une pneumonie du lobe inférieur gauche. La dyspnée a été très grande pendant toute la durée de l'affection. La défervescence se produisit le neuvième jour.

L'accouchement eut lieu au terme normal, le 3 mai 1891, et ne dura qu'une heure ; l'enfant s'est présenté par le siège. Il a été revu par moi le 7 juillet 1891 ; il était à cette époque bien portant.

OBSERVATION IV

(SCHUHL. — *Presse médicale*, 1896.)

Pneumonie du lobe inférieur gauche, puis du lobe moyen droit, au milieu du huitième mois de la grossesse. — Accouchement prématuré au cinquième jour de la maladie. — Enfant vivant. — Défervescence le huitième jour.

M^{me} C..., âgée de 28 ans, secundipare, d'une bonne santé habituelle, a eu une grossesse normale en 1887. La grossesse actuelle aurait débuté au mois de septembre 1892 (dernières règles du 5 au 11 septembre).

Le 23 avril 1893, dans la matinée, la femme se plaint d'un point douloureux du côté gauche de la poitrine avec frisson.

Je vois la malade le 25 avril, à 9 heures du matin, et je trouve à

ce moment une température de 39° ; pouls, 104. On entend du souffle en arrière, à la base du poumon gauche.

Le 26 avril, à midi : température, 38°2 ; pouls, 120. La malade a, depuis 9 heures du matin, un nouveau point douloureux au dessous du sein droit ; la dyspnée est intense, la face est cyanosée. On perçoit à la partie postérieure du thorax des râles sous-crépita-
tants à la base du poumon gauche, des râles crépitants à la partie moyenne du poumon droit.

Traitement. — Potion de digitale, liqueur ammoniacale anisée, ventouses sèches, six ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine. A 6 heures du soir, température, 39° ; pouls, 124.

27 avril. — A 8 heures du matin, température à 37° (la malade avait pris 50 centigrammes de phénacétine à 6 heures du matin), pouls 108. Les crachats sont rouillés ; le point de côté a disparu. Les râles sous-crépita-
tants persistent à la base du poumon gauche ; on entend du souffle à la partie moyenne du poumon droit. Des contractions utérines douloureuses existent depuis 6 heures du matin. Par le toucher, on trouve le col effacé ; la dilatation de l'ori-
fice externe a l'étendue d'une pièce de 5 francs ; la tête fœtale est engagée dans l'excavation pelvienne.

La malade accouche à 10 heures du matin (au milieu du huitième mois de la grossesse) ; l'enfant est vivant. Délivrance normale. Immédiatement après l'accouchement, la malade se trouve mieux ; la respiration est plus facile.

29 avril. — L'oppression augmente. Température, 38°8 ; pouls, 120 ; respirations, 48 par minute. La malade a déliré cette nuit. Les résultats de l'auscultation sont les mêmes que les deux jours précédents. Les lochies sont normales ; le ventre est souple, non douloureux.

Le 1^{er} mai, température normale. La fièvre n'a plus reparu les jours suivants ; terminaison par guérison.

L'enfant a été nourri à l'aide du lait stérilisé ; il est encore bien portant actuellement.

OBSERVATION V (inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur BERNHEIM.)

Pneumonie du lobe inférieur droit, bronchite généralisée et hypertrophie du cœur gauche, dans le huitième mois de la grossesse. — Guérison.

M^{me} L..., âgée de 37 ans, secondipare, se trouve à la fin du huitième mois de la grossesse.

Le vendredi 22 juin 1900, a été prise de frissons pendant toute la matinée, avec une toux violente et point de côté.

Le 24, la malade entra à l'hôpital.

Le 25 juin, à l'examen de la malade, on constata : face congestionnée, dyspnée intense. Hier après midi, les points de côté à droite sont réapparus avec dyspnée. La céphalalgie existe encore.

T. : matin, 36°5 ; pouls, 135. — Soir, 39°5.

Expectoration muqueuse rouillée, visqueuse sucre d'orge. A l'examen de la poitrine, on constate les signes d'une pneumonie du lobe inférieur droit, avec des râles de bronchite.

26 juin. — La dyspnée a diminué, on donne une potion thébaïque pour calmer la toux ; mêmes signes.

27 juin. — La malade accuse un point de côté à la partie inférieure de l'aisselle droite, mais les autres signes sont les mêmes.

28 juin. — La température tombe à 36° le matin et 37° le soir. La malade entre en convalescence. Le souffle persiste.

Du 29 juin au 2 juillet, la température est restée stationnaire de 36°5 à 37°.

La malade reste encore quelques jours à l'hôpital et sort bien portante. On a lieu de penser que l'accouchement aura lieu au terme normal.

OBSERVATION VI

(HOFMEYER. — *Revue de Hayem*, 1886.)

Invasion d'une pneumonie fibrineuse au cinquième mois de la grossesse chez une femme de 27 ans. Défervescence au neuvième jour avec herpès nasal très étendu. Aucun retentissement sur la marche de la grossesse. L'enfant arrive au terme et très gros. Pendant la durée de la pneumonie, la mère était très incommodée par les mouvements violents de l'enfant.

OBSERVATION VII

(VERLET. — *Progrès médical*, 1888.)

Un cas de pneumonie chez une femme enceinte, avec rechute. — Accouchement prématuré. — Guérison de la mère. — Enfant né à 7 mois, élevé à la couveuse et bien portant.

M^{me} G..., fermière, n'ayant pas eu d'enfant, est âgée de 24 ans. Ses antécédents héréditaires sont nuls. Réglée à 16 ans, elle n'a jamais eu une menstruation régulière. Elle est d'une constitution lymphatique, a toujours joui d'une bonne santé, et ses antécédents morbides se réduisent à une fausse couche de deux mois, qui remonte à trois ans ; il y avait alors sept mois qu'elle était mariée.

Le 20 juin 1887, M^{me} G... voit ses règles pour la dernière fois et devient enceinte. Sa grossesse suivait un cours normal, lorsque le 29 janvier 1888, à la suite d'un refroidissement (la nuit précédente elle était descendue de son lit, et, sans avoir eu la précaution de se bien couvrir, était sortie dans sa cour), elle éprouve dans la journée un malaise accompagné de frissons. Dans la nuit, elle ressent un peu de fièvre. Le lendemain, ces symptômes persistent,

toutefois assez peu intenses, puisque la malade continue ce jour-là à vaquer à ses occupations. Ce n'est que dans la soirée seulement qu'elle est prise d'un violent frisson qui l'oblige à se mettre au lit. Elle se plaint en outre d'un point de côté au niveau du sein gauche et elle tousse un peu de temps en temps.

Pour la première fois je vois la malade le 31 janvier. Elle présente tous les signes d'une pneumonie lombaire aiguë siégeant du côté gauche. Matité à la percussion au niveau de la fosse sous-épineuse. En ce même point on entend un souffle intense avec des bouffées de râles crépitants. Violent point de côté, dyspnée, crachats plus que rouillés, fortement colorés par le sang. Le thermomètre marque 38°8 ; le pouls est à 120.

Comme traitement je prescris un vésicatoire, une potion à l'extraît de quinquina. Je n'ose donner une potion kermétisée, craignant de provoquer des vomissements, que je redoute à cause de l'état de grossesse.

Le lendemain, je constate le même état.

Dans la matinée du 3 février, rien de particulier. Je vois la malade avec M. le docteur Gaillard, de Parthenay. La pneumonie a une allure normale. Les symptômes fournis par l'auscultation et la percussion sont ceux de la veille. Le thermomètre donne 38°7, le pouls bat à 128 pulsations. Du côté de l'utérus, aucune complication ne paraît imminente. La malade ne se plaint pas de la moindre colique. On perçoit très nettement les battements du cœur de l'enfant.

Au traitement déjà prescrit, nous ajoutons une potion contenant : 20 centigrammes de kermès ; sirop simple, 30 grammes ; eau, 90 grammes, dont la malade doit prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Bien que, lors de notre visite, le docteur Gaillard et moi, nous n'ayons trouvé aucun signe qui nous révélât que l'accouchement prématuré était à craindre, nous n'étions point cependant rassurés à ce sujet, sachant combien il est fréquent de voir la grossesse interrompue chez une femme enceinte atteinte de pneumonie. Aussi la famille fut-elle prévenue de ce qui pouvait survenir, et j'insistai pour qu'on vînt me chercher, si la malade était prise de coliques.

Nos prévisions ne tardèrent point à se réaliser.

Dans la soirée même, je suis averti que M^{me} G... souffre dans le bas-ventre, que ses douleurs sont intermittentes et se manifestent toutes les demi-heures environ.

J'arrive à 10 heures du soir près de la malade et je trouve tous les symptômes d'un accouchement. Le col est dilaté. L'orifice a les dimensions d'une pièce de un franc et la poche des eaux bombe sous le doigt pendant les douleurs.

A 3 heures, l'accouchement est terminé, n'ayant rien présenté d'intéressant, si ce n'est que la malade accoucha presque sans s'en apercevoir, si faibles ont été les douleurs d'expulsion. La délivrance faite, je fais un lavage de l'utérus avec un litre d'une solution à 3 p. 100 d'acide borique. Cet organe revient bien sur lui-même et l'accouchée ne perd que fort peu de sang.

Après cette complication, je craignais de voir, comme malheureusement on le constate souvent, l'état s'aggraver. Il n'en fut rien, par bonheur. Là température, le matin de l'accouchement, était (chose curieuse) de 37°5 et le soir de 37°. Je comptais 100 pulsations au poulx. Les signes stéthoscopiques étaient les mêmes que les jours précédents. Bien que la malade présentât des plaques confluentes de muguet, son état, somme toute, était assez satisfaisant.

Le lendemain et les jours suivants, la pneumonie suivit une marche régulière et ne présenta rien de particulier. La température oscilla entre 38° et 38°5 et le poulx entre 100 et 110 pulsations.

Six jours après l'accouchement, c'est-à-dire neuf jours après l'apparition de la pneumonie, la défervescence s'effectuait. La température tombait à 37°5 et le poulx à 66. Le souffle était moins intense ; on percevait dans la poitrine des râles de retour. La langue était humide, rosée, et l'appétit revenait. En présence de ces symptômes d'amélioration, j'espérais sous peu pour la malade un retour complet de la santé.

Les 10, 11 et 12 février, le mieux s'était encore accentué ; M^{me} G... *se trouvait bien, mangeant avec appétit, n'avait point de fièvre et ne toussait pour ainsi dire plus* ; je lui permis même à cette époque de se lever quelques heures dans l'après midi, tout en lui

recommandant, bien entendu, de ne point quitter la chambre et d'éviter toutes causes de refroidissement. Toutefois, l'auscultation révélait encore au niveau de la fosse sous-épineuse un souffle bien limité et assez intense, accompagné de râles sous-crépitaux. Mais ces signes, étant donné l'état général de la malade, ne laissèrent point d'inquiétude. La résolution lente d'une pneumonie n'est point en effet chose rare. Grisolle, sur 103 cas de pneumonie, l'a notée 66 fois. J'étais donc dans la sécurité la plus complète au sujet de ma malade.

Le 16 février, c'est-à-dire 17 jours après le début des accidents, je revins la voir; elle était levée. La fièvre avait disparu, ainsi que la toux, mais je constatais toujours du souffle au niveau de la fosse sous-épineuse. En la quittant, j'étais loin de penser que je serais obligé de lui donner sous peu mes soins pour une seconde pneumonie; c'est pourtant ce qui arriva.

Le 18 février, après une période de 8 jours écoulée sans que M^{me} G... présentât de la fièvre, elle fut prise de nouveau d'un frisson. La température s'éleva à 39° et le pouls à 108 pulsations. D'un autre côté, je constatai du côté gauche, dans le point où avait évolué la première pneumonie, de la matité, du souffle et des râles crépitaux. La dyspnée apparaît de nouveau. Manifestement j'étais en présence d'une nouvelle pneumonie siégeant au même point que la première.

Le lendemain, la malade eut des crachats rouillés. Le souffle avait envahi le tiers moyen du poumon gauche. La température se maintint assez élevée.

T. : m., 39°5; s., 38°5.

P. : m., 134; s., 92.

Cette seconde pneumonie se comporta normalement et le 24 février, six jours après son début, elle entra en voie de résolution.

M^{me} G... a eu une convalescence assez longue, mais aujourd'hui (25 juillet 1888) elle a recouvré toute sa santé et sa vigueur primitive.

L'enfant est né vivant; il avait environ 7 mois et pesait 1,865 grammes. Il fut placé dans la couveuse, emmaillotté et le corps

couvert de ouate ; il reposait sur un coussin de plume que supportait la cloison horizontale. Toutes les deux heures, on le retirait de sa couveuse pour lui faire sa toilette et l'alimenter, en ayant soin de le mettre près d'un bon feu et de ne le laisser hors de sa couveuse que le temps nécessaire.

L'alimentation donnée à l'enfant fut l'allaitement direct par une nourrice. L'enfant, placé au commencement de février dans sa couveuse, alors qu'il ne pesait que 1,865 grammes, en fut retiré le 27 avril, avec le poids de 3 kilogr. 220 grammes.

A l'heure actuelle, c'est un superbe bébé plein de vie, dont la santé est des plus florissante.

OBSERVATION VIII

(BAUSQUET. — *Gazette hebdomadaire*, 1897.)

Broncho-pneumonie chez une femme enceinte de 8 mois. — Accouchement prématuré. — La mère meurt. — L'enfant, né vivant, meurt après.

Au nom du docteur Chamberlent et au mien, je présente des coupes du poumon d'une femme morte d'une broncho-pneumonie dans le cours du huitième mois de la grossesse ; ces coupes, traitées par le Gram, montrent qu'il s'agit de broncho-pneumonie à cocci peu nombreux parmi lesquels il y a surtout des streptocoques.

L'accouchement est survenu 12 heures après le frisson du début, l'enfant a vécu 3 jours, pendant lesquels il a été séparé de la mère. Son autopsie a relevé dans le poumon droit la présence de lésion de broncho-pneumonie.

OBSERVATION IX (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé G. ETIENNE.)

Pneumonie au sixième mois de la grossesse. — Guérison.

Madame X..., âgée de 29 ans, au sixième mois de la grossesse, arrive à l'hôpital le 15 avril 1900, au sixième jour de la pneumonie.

15 avril. — T., soir, 39°2.

16 — — T., matin, 38°6.
soir, 38°2.

17 — — T., matin, 38°6.
soir, 38°4.

18 — — T., matin, 36°.
soir, 36°8.

19 — — T., matin, 37°2.
soir, 37°2.

20 — — T., matin, 36°5.

La défervescence se fait au neuvième jour de la pneumonie, la malade reste encore quelques jours à l'hôpital et sort bien portante.

OBSERVATION X (inédite)

(Due à M. le docteur ROYER, de Saint-Dizier, et communiquée par M. le Professeur agrégé ÉTIENNE.)

*Pneumonie au commencement du neuvième mois de la grossesse. —
Accouchement prématuré. — Guérison.*

Mme G..., âgée de 30 ans. Premier accouchement il y a 7 ans ; à la suite, métrite ayant durée 2 ans ; curetage.

La première fois, dans la nuit du 21 au 22 décembre, frisson très intense avec point de côté extrêmement douloureux du côté gauche sous le sein.

Le lendemain matin, les douleurs d'accouchement apparaissaient, et le soir la malade mettait au monde très facilement un garçon venu un peu avant terme (trois semaines environ).

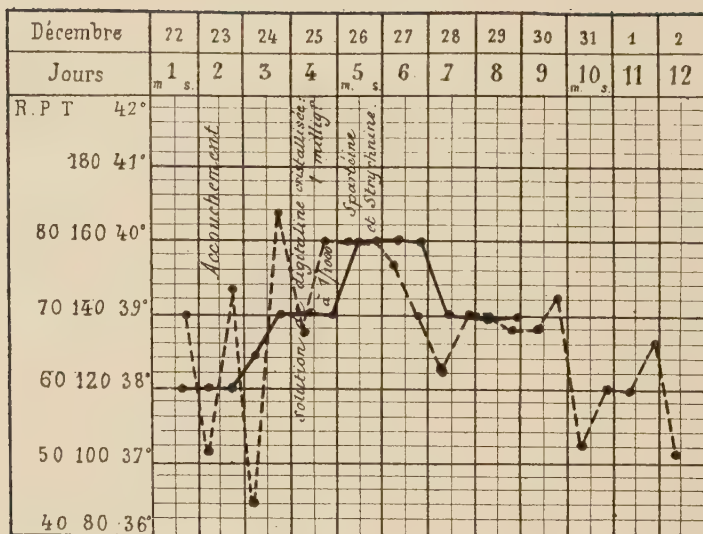
La suite des couches fut très normale sans complications d'aucune sorte. Le jour de l'accouchement, 23 décembre, chute brusque de la température, mais le pouls était très fréquent et est conservé tel pendant toute l'évolution principale de la maladie.

Le troisième jour, 24 décembre, point de côté très douloureux au côté droit, frisson et élévation brusque de la température à 40°4, coïncidant avec un nouveau foyer de pneumonie occupant tout le lobe inférieur droit; pouls très rapide, petit, fœtal. J'administre 50 gouttes de solution de digitaline Nativelle à 1/1000. Il fut administré, pendant 5 à 6 jours, 0,20 de spartéine et 0,002 de strychnine en injections hypodermiques. Chaque jour, communément avec des injections hypodermiques, de caféine et d'éther.

Au septième jour, accès de méningisme avec agitation extrême, mouvements convulsifs généralisés des membres, des muscles, des paupières et des yeux qui dura environ 5 jours.

Pendant toute la durée de la deuxième période de la maladie, le pouls fut toujours très rapide et les bruits du cœur à rythme fœtal. avec cyanose des lèvres et du nez, et teinte violacée des extrémités. Les deux poumons étaient hépatisés partout, sauf en avant; souffles intenses avec râles extrêmement nombreux et crépitants. Ces râles persistèrent très longtemps après la convalescence. Actuellement la malade jouit d'une santé parfaite (1).

(1) Cette observation n'entre pas dans notre statistique parce que nous l'avons eue lorsque notre thèse était sous presse.



RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS.

	NUMÉROS D'ORDRE.	AGE de la MÈRE.	AGE de la Grossesse.	MÈRE.	Accouchement à terme, prématuré ou avortement.	ENFANT.
Barthélemy.	1	29 ans	3 m. 1/2	Guérison.	Accouch. à terme	Vivant.
»	2	x	8 »	»	»	»
»	3	32 »	6 »	Mort.	Avortement.	Mort.
Deroubaix..	4	41 »	8 »	Guérison.	Accouch. prémât.	Vivant.
»	5	32 »	8 »	»	»	»
»	6	23 »	6 »	»	»	»
Flatté.....	7	36 »	8 » 1/2	Mort.	»	Mort.
»	8	21 »	7 » 1/2	»	»	Vivant.
»	9	30 »	8 »	Guérison.	»	Mort.
»	10	29 »	7 » 1/2	»	»	Vivant.
»	11	30 »	x	Mort avant l'expulsiou de l'enfant.	»	Mort.
Ricau.....	12	32 »	6 »	Mort.	»	Mort.
»	13	26 »	7 » 1/2	Guérison.	»	Vivant.
»	14	38 »	6 »	»	Avortement.	Mort.
»	15	28 »	7 »	Guérison.	Accouch. à terme	Vivant.
»	16	24 »	6 »	»	»	»
»	17	30 »	6 »	»	»	»
»	18	25 »	6 »	»	»	»
»	19	19 »	4 » 1/2	»	»	»
Schuhl.....	20	28 »	7 »	»	Accouch. prémât.	Mort.
»	21	26 »	2 »	»	Avortement.	»
»	22	25 »	7 »	»	Accouch. à terme	Vivant.
»	23	28 »	7 » 1/2	»	Accouch. prémât.	»
Hofmeyer..	24	27 »	5 »	Mort.	Accouch. à terme	»
Bausquet..	25	x	8 »	Mort.	Accouch. prémât.	Mort.
Dieulafoy...	26	x	Avant 6° m.	Guérison.	Accouch. à terme	Vivant.
»	27	x	»	»	»	»
»	28	x	Après 166° m	»	»	»
Verlet.....	29	24 ans	7 m.	»	Accouch. prémât.	»
Bernheim ..	30	37 »	7 » 1/2	»	Accouch. à terme	»
Gillet.....	31	x	x	»	»	»
Etienne.....	32	29 ans	6 »	»	»	»

MÈRE.

	6 premiers mois de la grossesse.	3 derniers mois de la grossesse.
Guérisons.....	12	13
Morts.	2	3

ENFANT.

	6 premiers mois de la grossesse.	3 derniers mois de la grossesse.	VIVANTS	MORTS.
Accouchement prématuré, avortement.....	5	11	8	8
Accouchement à terme.....	9	5	14	—
Accouchement et avorte- ment provoqué.....	—	—	—	—

Dans deux cas, l'âge de la grossesse n'est pas connu, dans un de ces deux cas, la mère est morte avant l'expulsion du fœtus.

CHAPITRE III

Étiologie, pathogénie et fréquence.

L'étiologie de la pneumonie chez la femme enceinte est la même que celle de la pneumonie en dehors de la grossesse. Les circonstances accessoires, telles que le froid, un traumatisme quelconque, un écart de régime, les excès d'alcoolisme, le surmenage physique, les préoccupations morales, tous les états, enfin, qui débilitent l'organisme, préparent un terrain favorable à la virulence des diplocoques de la pneumonie, qui, grâce aux progrès de la bactériologie moderne, nous savons, à l'heure actuelle, que la pneumonie franche n'est qu'une manifestation d'une réaction locale, opposée par le poumon à ce microbe, le pneumocoque. Ce microbe découvert tout d'abord dans la salive par Pasteur, il n'acquies son rôle pathogénique dans la pneumonie franche que grâce aux publications de Talamon (*Société anat.*, 1883. — *Progrès méd.*, 1883) et Fränkel (*Forttschr. f. kl. méd.*, 1883). Depuis ces communications, il a été très complètement étudié dans ses manifestations morbides par beaucoup d'auteurs Français,

Allemands et Italiens, parmi lesquels il faut citer Weichselbaum (*Wiener méd. Jagresber.* 1886), Saenger (*Arch. f. exper. pathol.*, 1886), Foa-Usfréduzzi (*Deut. méd. Wochenschr.*, 1886) et surtout M. Netter dans ses nombreux travaux.

Ce pneumocoque, connu sous le nom de « diplococcus lanceolatus » de Talamon et Fraenkel, qu'on a maintes fois constaté à l'état inoffensif dans la salive de gens bien portants, est capable d'acquérir une virulence spéciale sous l'influence de causes encore assez mal connues, soit modification de son pouvoir pathogène, variable avec les épidémies, soit réceptivité particulière d'un organisme débilité par quelque trouble circulatoire ou nutritif. Suivant le cas, il provoque alors tantôt une infection générale, tantôt une réaction purement locale, au niveau d'une de ces diverses portes d'entrée, souvent méconnues d'ailleurs, mais dont le poumon est la plus commune.

Outre les circonstances accessoires citées plus haut, qui favorisent l'invasion de l'organisme par le pneumocoque dans les conditions ordinaires, pour certains auteurs, la grossesse, par l'altération du sang et surtout l'augmentation de la quantité de fibrine qu'elle provoque chez la femme enceinte, serait une cause de prédisposition particulière à l'éclosion de la pneumonie. M. Devilliers dit, en effet : « L'excès de fibrine que contient le sang de la femme grosse et qui rapproche ce liquide de l'état phlegmasique, produit une prédisposition telle, que des causes occasionnelles peuvent développer alors une maladie. » Matton est également partisan de cette théorie, il admet même avec Andral et Cazeaux que l'excès de fibrine est un signe de l'inflammation, et il attribue, dans l'étiologie de la pneumonie pendant la grossesse, un rôle prépondérant à cette prétendue diathèse inflammatoire de la grossesse.

M. Marchant rejette cette manière de voir. Il est prouvé, dit-il, et à peu près généralement admis aujourd'hui, d'après des recherches récentes, que la fibrine n'est plus la substance organo-plastique par excellence, qu'elle constitue, au contraire un détritüs organique dont l'accumulation est produite par la gêne de la fonction respiratoire, et qui ne saurait prédisposer aux inflammations.

Malgré toutes ces considérations, la gestation ne semble pas prédisposer à la pneumonie. Au contraire, il paraîtrait plutôt que la femme grosse possède une certaine immunité contre cette affection.

Ainsi Grisolles, qui jusqu'en 1841 n'avait observé que 14 cas de pneumonie pendant la grossesse, n'a pu, de 1841 à 1864, bien que son attention fût spécialement attirée sur ce point, en recueillir que 3 cas.

Sur 1842 femmes admises pour pneumonie à l'hôpital général de Vienne et dont l'âge variait de 45 à 50 ans, on n'a trouvé que 43 femmes enceintes, c'est-à-dire une proportion de 2. 30/0.

Wegscheider, dans une discussion à la *Société obstétricale de Berlin* (41 février 1873), fait remarquer, que d'après sa pratique de 30 années, dit n'avoir gardé le souvenir que de deux cas, et considère la pneumonie pendant la grossesse comme extraordinairement rare par conséquent. Martin jeune a consulté à ce sujet les registres de la charité de Berlin ; il n'a trouvé aucune observation à la clinique de Traube et n'en a découvert que deux chez Frerichs. Coli cite la pratique de Bergesio à la clinique de Turin, de 1872 à 1879, qui ne comprend que 5 cas sur 1495 accouchements.

Ricau, qui n'a pu recueillir que 43 cas, conclut que la

pneumonie ne s'observe pas plus souvent chez les femmes enceintes que chez les autres. Enfin Flatté (*Th. Paris*, 1892) dit que sur 4,000 femmes accouchées à la clinique de Baudelocque, n'avait découvert qu'un seul cas de pneumonie pendant la grossesse et un autre pendant les suites de couches.

Cette immunité qui n'est qu'apparente, ne peut s'expliquer que par ce fait que les femmes enceintes sont ordinairement moins exposées aux circonstances occasionnelles de la pneumonie, tels que intempéries, alcoolisme, surmenage, etc. « Si donc la grossesse ne confère pas l'immunité pour la pneumonie, dit Flatté, elle n'y prédispose pas non plus. » Dans aucune des grandes épidémies de pneumonie on n'a trouvé que les femmes grosses aient été plus souvent atteintes que les autres, et nous pouvons dire avec Stoltz et Pinard, que la grossesse ne prédispose à la pneumonie ni n'en préserve.

Il nous serait difficile de nous prononcer sur la fréquence de la pneumonie suivant l'âge de la grossesse. Les auteurs donnent à cet égard, des statistiques différentes et parfois contradictoires. Ainsi Peter-Müller, Spiegelberg, Charpentier, Ricau et Bergerio trouvent que la fréquence de la pneumonie est moindre dans les derniers mois de la grossesse ; tandis que Gusserow, Fasbender, Brieger et Coli prétendent démontrer le contraire. Flatté, sur 239 cas qu'il a réunis, a trouvé 94 cas pendant les six premiers mois de la grossesse, 119 cas pendant les trois derniers mois, 4 pendant les suites de couches et 22 cas sur lesquels il n'a pas eu de renseignements précis. « Notre statistique, dit-il, ne nous permet pas de nous prononcer trop affirmativement pour la plus grande fréquence de la pneumonie au cours des derniers mois de la

grossesse, et notre réserve s'explique encore par cette considération que les observations de pneumonie survenant à cette dernière période, où elle comporte un pronostic plus grave, ont dû être publiées plus volontiers à cause de leur plus grand intérêt.»

CHAPITRE IV

Influence de la grossesse sur la marche de la pneumonie.

La pneumonie gravidique n'affecte pas de siège de prédilection ni une forme spéciale. Elle se rencontre plus souvent du côté droit que du côté gauche, ce qui est la règle aussi dans les cas ordinaires. Dans les cas bénins, elle présente une marche régulière et cyclique. Toutefois, dans les cas graves, elle devient volontiers double, parfois migratrice et se complique d'épanchement et d'œdème pulmonaires.

Tous les auteurs qui ont traité cette question considèrent la grossesse comme une condition qui exerce une influence très fâcheuse sur la marche de la pneumonie. Des statistiques qui ont été faites sur ce sujet, il résulte que la mortalité maternelle, en comparaison de la mortalité dans les cas ordinaires, est beaucoup plus grande.

Ainsi, Grisolle note une mortalité de 41. 2 %

Bergerio	—	33 2 %
Ricau	—	27 %
Coli	—	25 %
Flatté	—	31. 4 %

Sur 32 cas que nous avons recueillis, il y a eu 6 morts, ce qui fait une mortalité de 18,7 %.

Il est certain que la grossesse par les modifications physiologiques qu'elle imprime à l'organisme maternel, prépare pour ainsi dire un terrain où la pneumonie pourra plus facilement acquérir une gravité plus ou moins grande suivant les conditions individuelles. Mais les chiffres fournis par les statistiques nous semblent trop élevés. Ces résultats peuvent être expliqués par ce fait : c'est que le plus souvent, les cas où l'évolution de la pneumonie gravidique a suivi son cours régulier, sans complication ni pour la mère ni pour l'enfant, n'ont pas attiré l'attention des observateurs qui les ont laissés passer inaperçus ; tandis que au contraire, on juge plus intéressants les cas qui offrent une certaine particularité, soit parce qu'il y a eu menace de la vie de la mère, soit parce qu'il y a eu expulsion du fœtus. D'autre part, ces statistiques ne nous renseignent pas sur les cas où une infection puerpérale a suivi la parturition, infection qui a du être la cause de la mortalité dans quelques-uns des cas rapportés par ces statistiques et qui ont été observés à l'époque où l'antisepsie obstétricale n'était pas connue.

Pour avoir des données plus précises sur la gravité de la pneumonie pendant la grossesse, il faudrait recourir à la clientèle privée, ce qui est malheureusement très difficile, les observations de ce genre étant rarement publiées parce qu'elles n'ont pas présenté grand intérêt, tels sont les 4 cas de M. le professeur agrégé Schuhl, où la maladie se termine favorablement pour la mère et il y a eu trois fois l'expulsion du fœtus pendant le cours de la pneumonie, et dans l'autre cas la grossesse est arrivée à son terme. M. le professeur agrégé Étienne a observé aussi 4 cas où l'accouchement a eu

lieu à son terme naturel. La plupart, si ce n'est pas tous les cas rapportés par les statistiques, sont recueillis dans les services hospitaliers où on ne vient demander le secours que lorsque la maladie offre une gravité remarquable.

Si nous admettons avec Jurgensen (voir Index bibliographique), que la mortalité de la pneumonie est chez l'adulte sans distinction du sexe, de 10 à 15 %, nous voyons que cette mortalité est deux fois et demie moindre de celle fournie par les statistiques, ce qui est énorme. Cette différence de résultats ne peut être expliquée que par les considérations que nous avons vues.

On a cherché l'explication de cette aggravation de la pneumonie gravidique dans les différentes modifications que la grossesse apporte à l'organisme.

Hecker, Grisolle, Ricau, etc., voyaient les symptômes de la pneumonie pendant la grossesse et surtout la gêne respiratoire acquérir un degré d'intensité considérable. Cette gêne respiratoire, suivant eux, serait due au refoulement du diaphragme par l'utérus gravide, et surtout dans les derniers mois de la grossesse, ce qui diminue par conséquent la capacité thoracique et par suite l'intensité de l'hématose.

Mais cette manière de voir n'est pas acceptée par tous les auteurs. En effet, Kuchenmeister, Fabius, Wintrich et Schultze ont démontré que la capacité pulmonaire ne diminue pas par le fait de la grossesse, que, si le thorax est moins profond, cette diminution en profondeur est compensée par l'augmentation en largeur de la base du thorax, et qu'après l'accouchement le thorax reprend sa forme ordinaire.

Gusserow, sur 48 cas observés par lui, a trouvé 42 fois la situation du diaphragme absolument normale, 5 fois elle était plus basse et une fois plus haute. Il a aussi constaté la

dilatation de la base du thorax. Suivant lui, ce n'est pas à la diminution du champ respiratoire qu'il faut attribuer l'influence fâcheuse de la grossesse sur les affections pulmonaires, mais bien aux modifications de la circulation et de l'altération du sang.

Regnard, en se servant de la méthode graphique, est arrivé à des conclusions analogues. Appliquant un pneumographe sur le thorax et un autre sur l'abdomen et inscrivant les mouvements respiratoires, il a constaté que le diaphragme s'abaissait très librement pendant la grossesse et que chez les femmes enceintes le type abdominal de la respiration était même prédominant, le contraire de ce qu'on lit dans les traités classiques, dit cet auteur, à savoir : que le type costal supérieur est spécial à la femme grosse parce que l'utérus, en se développant, entrave les fonctions du diaphragme et qu'une compensation, par la partie supérieure du thorax, devient nécessaire.

M. Bar confirme les recherches de Regnard.

Deroubaix, sous la direction et l'aide de M. le docteur Delezenne, a repris ces expériences et est arrivé à des résultats semblables. Il se résume ainsi : « Nous dirons que la grossesse ne diminue pas le champ respiratoire ni la capacité thoracique ; elle augmente par contre la circulation aérienne et la quantité d'oxygène absorbée. Les fonctions respiratoires n'en subissent pas moins dans leurs phénomènes les plus intimes des modifications profondes qui suffisent à elles seules pour expliquer la gravité des affections pulmonaires gravidiques. »

Ce n'est que dans les cas où l'utérus a un volume exagéré, comme dans le cas d'hydramnios ou de grossesse gémellaire, qu'il peut devenir un obstacle à l'abaissement normal du diaphragme. Dans les cas ordinaires, la gravité résultante des

statistiques, doit être attribuée, plutôt, aux changements apportés à l'appareil circulatoire.

Jurgensen, qui a spécialement étudié la pneumonie, a posé en règle, que les femmes enceintes, atteintes de pneumonie, meurent toujours à cause de l'insuffisance fonctionnelle du cœur.

Wernich partage aussi l'opinion de Jurgensen.

Parmi les circonstances qui, dans la pneumonie, surmènent le cœur, on peut signaler l'augmentation de la tension de la circulation pulmonaire, due à l'imperméabilité d'une partie du poumon remplie d'exsudat fibrineux ; la diminution de la surface respiratoire et le rétrécissement du champ de l'hématose, dû à la fois à ce même exsudat fibrineux et à l'hyperhémie et l'œdème inflammatoire collatéraux (Jaccoud) ; l'affaiblissement des mouvements respiratoires (ce facteur important de la circulation) consécutif à l'affection pulmonaire et au point de côté qui l'accompagne, et la fièvre, de son côté, contribuent beaucoup au surmenage du cœur.

Indépendamment des dangers que la pneumonie fait courir au cœur, les modifications circulatoires résultant du fait même de la grossesse ne peuvent que favoriser la production de cette insuffisance fonctionnelle du cœur.

Comme nous le savons, l'augmentation de la masse du sang pendant la grossesse est une des conséquences physiologiques de la gestation. Cette augmentation porte spécialement sur la partie aqueuse et les phosphates du sang ; par contre les globules rouges (Andral et Gavaret, *Ann. de chimie et de physique*, 1843), l'hémoglobine (Dolérès et Quinquaud, *Nouv. arch. d'obs. et de gyn.*, 1888), les sels, le fer, sont diminués ; par conséquent, la quantité d'oxygène contenue dans le sang pendant la grossesse sera moindre que dans les conditions

ordinaires. Outre l'augmentation de la quantité sanguine, l'interposition de la circulation placentaire à la grande circulation, nécessite, de la part du cœur, un surcroît de travail, d'où résulte le plus souvent une hypertrophie du cœur pendant la grossesse.

Toutes ces circonstances réunies exigent, de la part du cœur, une dépense d'énergie fonctionnelle plus grande. Dans cette lutte, l'énergie du muscle cardiaque, dont les fibres sont souvent altérées par la fièvre, peut s'épuiser, les troubles circulatoires augmentent, la fièvre s'allume davantage et il résulte, en fin de compte, une paralysie du ventricule gauche qui emporte la malade au milieu des symptômes de l'œdème pulmonaire.

Les statistiques montrent aussi que cette gravité est plus fréquente dans les périodes plus avancées de la grossesse, les circonstances nuisibles dues à la gestation, paraissant ou se développant parallèlement à l'âge de celle-ci. Grisolle a constaté une mortalité de 100 p. 100 dans les trois derniers mois de la grossesse, Ricau, 46,7 p. 100 ; Bergesio, 45 p. 100 ; Coli, 28 p. 100 et Flatté, 36,9 p. 100 ; tandis que dans les cas où la pneumonie survient au cours des six premiers mois, Grisolle a constaté 23 p. 100, Ricau, 17 p. 100, Bergesio, 29,4 p. 100, Coli, 20 p. 100 et Flatté 23,4 p. 100.

Notre statistique ne nous permet pas de nous prononcer sur ce point, la mortalité dans les deux cas étant à peu près la même.

Quant à l'influence de l'expulsion du fœtus sur la marche de la pneumonie, les opinions sont partagées. Pour les uns, cette expulsion serait une cause d'aggravation, pour les autres au contraire, elle serait un phénomène heureux. « Après la déplétion de l'utérus, dit Wernich, la cavité thoracique se

dilate. Il s'y fait un grand afflux de sang et les artères pulmonaires s'engorgent au moment où une portion plus considérable du poumon ne peut fonctionner. La conséquence naturelle de cet état est la production de congestion et d'œdème pulmonaire. Sur un total de 82 avortements, il y a eu 58 morts, tandis que sur 74 femmes qui n'ont pas avorté ou accouché prématurément, 16 seulement ont succombé. »

Flatté partage aussi cette opinion. Il note 29 morts sur 78 cas de pneumonies gravidiques suivies d'expulsion du fœtus.

Fischl croit que l'acte du travail qui, pendant chaque contraction utérine, provoque des troubles dans la circulation pulmonaire, est incontestablement dangereux pour le ventricule droit dans les complications de pleurésie et de pneumonie.

Dans ces cas, il faut tenir compte de la gravité de la pneumonie, et on peut se demander si la gravité de la pneumonie n'est pas la cause et non l'effet de l'avortement ou de l'accouchement prématuré. Il est rare, en effet, que la femme meure avant que l'expulsion se produise. Grisolle cite un cas emprunté à Valsalva, dans lequel la femme succomba sans accoucher. Ricau rapporte un cas semblable; l'opération césarienne, pratiquée dans les deux cas, ne donna que des cadavres.

Grisolle, Stölz, Chatelain, Gaulard, sont d'un avis opposé.

Dans les trois cas de M. Gaulard (*Société obstétricale de France*, 1892), rapportés dans la thèse de M. Deroubaix, l'expulsion du fœtus a exercé une influence favorable sur la marche de la pneumonie, il en est de même dans les trois cas de M. Schuhl, que nous rapportons dans notre thèse.

Pour expliquer cette influence heureuse de l'expulsion du

fœtus sur la marche de la pneumonie, on a émis différentes opinions. Et d'abord, par la saignée physiologique, qui, d'une part, diminue la masse sanguine, décongestionne le poumon, facilite la circulation et le travail du cœur et, d'autre part, débarrasse l'organisme d'une certaine quantité de sang chargé d'acide carbonique et de toxines. Comme nous l'avons vu, on ne peut pas attribuer une part bien grande à la diminution de la gêne respiratoire.

Chatelain croit que l'expulsion du fœtus est un fait favorable, car elle fait disparaître un des éléments producteurs de l'accélération du pouls et de la gêne respiratoire et favorise ainsi la résolution de la phlegmasie.

« Nous pensons plutôt, dit Deroubaix, que la déplétion de l'utérus modifie heureusement la marche de la pneumonie en supprimant les phénomènes respiratoires et circulatoires réflexes gravidiques. »

CHAPITRE V

Influence de la pneumonie sur la marche de la grossesse.

Si la grossesse, au cours de laquelle survient une pneumonie, n'a pas sur celle-ci une influence aussi défavorable qu'on a voulu lui en attribuer une, les statistiques données par les auteurs montrent, au contraire, bien nettement que la pneumonie, même dans les cas bénins, a une influence fâcheuse sur la marche de la grossesse, qui est très souvent interrompue.

Grisole constate	9 fois l'interr.	de la gross.	sur 17 cas	52 %
Bourgeois	» 8	»	» 12	» 66-5 %
Fasbender	» 7	»	» 8	» 87-5 %
Ricau	» 21	»	» 48	» 43-3 %
Coli	» 22	»	» 40	» 55 %
Chatelain	» 19	»	» 39	» 48-7 %
Bergesio	» 29	»	» 54	» 53-5 %
Flatté	» 118	»	» 213	» 53-4 %

Sur 32 cas réunis par nous, on peut constater que la grossesse a été interrompue 16 fois, soit 50 %.

Pour expliquer cette interruption si fréquente, nous pouvons invoquer beaucoup de causes émises par les différents auteurs.

Pour Mauriceau, la toux, par son agitation fréquente, poussant le diaphragme subitement et avec effort en bas, donne de violentes secousses à l'utérus, secousses qui sont capables de provoquer l'expulsion du fœtus, « la toux est un des plus dangereux accidents qui contribuent à l'avortement » dit-il.

Cazeau et Capuron acceptent aussi cette manière de voir.

Grisolle nie cette influence de la toux. Sur 12 cas de bronchite intense chez des femmes enceintes, qu'il a observées, quatre avaient une toux continuelle, que rien n'a pu calmer et qui a persisté pendant plus d'un mois sans troubler le cours de la grossesse. « Je crois, dit-il, que cette influence fâcheuse exercée par la pneumonie sur la marche de la gestation s'explique par l'importance de l'organe qui est affecté, par la soudaineté d'explosion de la maladie, par sa gravité, par l'intensité de la fièvre qu'elle détermine et par le nombre des phénomènes sympathiques qui éclatent du côté de la presque totalité des fonctions. » Pourtant, dit M. Deroubaix, l'influence de la toux ne doit pas être rejetée. Les efforts de toux constituent pour l'organe utérin un traumatisme fréquemment répété et qui peut amener la rupture des adhérences placentaires aussi bien que celle de la poche amniotique. D'autre part, l'excitabilité anormale de la fibre utérine pendant la grossesse est un fait démontré ; et qui s'accroît de jour en jour et arrive à son maximum vers le dernier mois de la grossesse. Si la toux se déclare, l'utérus si excitable répondra à ces secousses violentes par des contractions répétées, qui pourraient chasser le fœtus hors de la cavité utérine.

Pourtant les vomissements qui sont un phénomène assez

fréquent pendant la grossesse et qui provoquent aussi des contractions diaphragmatiques ne sont pas une cause d'expulsion du fœtus.

Mais les causes les plus fréquentes de cette interruption nous paraissent être l'excès d'acide carbonique accumulé dans le sang maternel et la transmission du pneumocoque de la mère au fœtus à travers le placenta, faits qui sont le plus souvent les causes de l'expulsion et de la mort du fœtus.

En effet, la pneumonie, par la diminution de l'hématose, et la grossesse, par les modifications du sang maternel, sont des causes qui déterminent une accumulation d'acide carbonique dans le sang. Or, Brown-Séquard a démontré par des expériences physiologiques, que le sang veineux jouit d'un pouvoir excitateur d'autant plus grand qu'il est chargé d'acide carbonique, que ce pouvoir excitateur agit surtout sur les muscles de la vie organique, et avec d'autant plus d'intensité que la fibre de ces muscles est plus contractile et plus excitable. « En effet, dit-il, dans l'asphyxie, la faculté stimulatrice du sang noir est prouvée par ce fait que tous les tissus contractiles du corps sont mis en action. Le cœur se contracte, non seulement avec plus de fréquence, mais encore avec plus de force, les intestins et la vessie se vident, ce qui arrive aussi à l'utérus, le pénis s'érige, les vésicules séminales expulsent de la liqueur spermatique..., etc. »

Quelques expériences, entreprises par Richet, au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine, ont donné des résultats négatifs.

Quoi qu'il en soit, les résultats positifs obtenus par Brown-Séquard n'en conservent pas moins leur valeur, et nous pensons que cette accumulation d'acide carbonique dans le sang maternel est un des facteurs de l'expulsion du fœtus. Outre

les contractions que l'acide carbonique provoque, le sang maternel, par cet excès d'acide carbonique, agit directement sur le fœtus, en raison du défaut d'hématose du sang fœtal.

Pour certains auteurs l'hyperthermie aurait une influence sur la vie du fœtus et provoquerait secondairement son expulsion. Runge, en se basant sur les résultats de ses expériences, admet en principe que les petits cessaient de vivre quand la mère avait 41°5.

Doré (Th. de Paris 1883) reprend les mêmes recherches avec Doléris et conclut que par une élévation graduelle de la chaleur avec rémissions, une température de 41°5 n'entraîne jamais la mort du fœtus. Mais que la température élevée, obtenue par un surchauffage brusque et prolongé amène rapidement la mort de la mère et du fœtus ; il conclut aussi que lorsque, par une élévation graduelle de la température, on ne dépasse pas les maxima observés dans la vie humaine (42°5) « l'influence de la chaleur sur le fœtus paraît nulle ou à peu près ».

Avant que la nature infectieuse de la pneumonie fût connue, la mort et l'expulsion du fœtus étaient attribuées seulement à la surcharge du sang en acide carbonique et à l'élévation de la température. Maintenant, connaissant l'agent spécifique de la pneumonie, le pneumocoque, on peut se demander si, les poisons solubles, que cet agent peut sécréter comme la plupart des micro-organismes, n'agissent pas sur l'utérus ou directement sur le fœtus pour produire l'expulsion ou la mort de celui-ci. D'autre part, il est bien connu aujourd'hui que le pneumocoque peut être transmis à l'enfant à travers le placenta par le sang maternel. Dans un travail très intéressant, M. Netter a fait connaître l'observation très complète d'un nouveau-né qui tomba malade deux jours après sa naissance

et qui succomba six jours après. Les recherches du pneumocoque dans les organes ont fourni des résultats positifs. Il a joint à son observation les trois cas de Thorner, Marchand et Strachan. Mais les recherches bactériologiques n'ont été faites que dans son cas et dans celui de Thorner.

Dans sa thèse, Flatté rapporte également l'observation d'un cas de contamination pneumonique du fœtus où l'examen bactériologique révéla la présence du pneumocoque dans l'exsudat.

Le cas de M. Bausquet, que nous rapportons dans notre thèse, est de même genre ; l'examen bactériologique a révélé des streptocoques dans les poumons, car il s'agissait d'une broncho-pneumonie.

Cette contamination détermine rarement la mort dans l'utérus, mais se manifeste chez le fœtus bientôt après sa naissance par une affection pneumonique quelconque.

M. Netter a démontré que, pour qu'il y ait une transmission du pneumocoque au fœtus, il faut que l'infection soit générale. Chez l'homme, l'infection peut être seulement locale, dans d'autres cas elle est générale, ainsi que cela a été constaté par la présence du pneumocoque dans le sang (Friedlander, Talamon, Netter). Ce serait dans ce dernier cas seulement qu'on pourrait rencontrer la transmission.

Quant à la fréquence de l'expulsion du fœtus, suivant l'âge de la grossesse, les statistiques montrent qu'elle est plus fréquente dans les trois derniers mois que dans les six premiers mois de la grossesse.

Nous avons obtenu les proportions suivantes : sur 16 cas de pneumonie dans les trois derniers mois de la grossesse, il y a eu 11 fois l'interruption de la grossesse et sur 14 cas dans les six premiers mois, 5 fois seulement.

Ceci serait dû à l'accumulation d'une plus grande quantité d'acide carbonique dans le sang pendant le dernier mois de la grossesse, dit Brown-Sequard. Il va même plus loin : pour lui, l'accouchement naturel ne se ferait pas autrement que par l'action de l'acide carbonique du sang sur l'utérus.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Nous avons vu que presque tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, considèrent le pronostic de la pneumonie gravidique comme beaucoup plus grave qu'en dehors de la gestation.

En effet, la mortalité pour la mère est considérable:

Ainsi, Grisolle constate	7	morts sur	17	cas, soit	41.2 %
Ricau	»	42	»	43	» 27.9 %
Bergesio	»	49	»	54	» 33.2 %
Coli	»	40	»	40	» 25. %
Flatté	»	75	»	239	» 31.4 %

Sur 32 cas nous n'avons noté que 6 fois la mort de la mère, ce qui fait une mortalité de 18.7 pour 100.

Si nous prenons en considération l'influence du sexe sur le pronostic de la pneumonie, savoir : que toute chose égale d'ailleurs la pneumonie est plus grave chez la femme que chez l'homme, ce que du reste démontrent les statistiques de Frank, de Chomel, de l'hôpital de Munich, de V. Huss et de Wunderlich (*Barth. Dictionnaire de Dechambre. Art. pneumonie*) ;

et que la plupart des observations qu'on trouve n'ont été publiées, que parce qu'elles ont présenté une particularité quelconque.

Nous pouvons dire que la mortalité que nous avons obtenue se rapproche de celle donnée par les statistiques faites sur la mortalité de la pneumonie en dehors de la grossesse (dix à quinze pour cent sans distinction de sexe). Par conséquent, si le pronostic de la pneumonie pendant la grossesse est en réalité plus grave que dans les conditions ordinaires, il est loin de présenter la gravité que les auteurs lui ont attribuée.

L'âge de la grossesse paraît avoir une influence sur le pronostic pour la mère. Les statistiques montrent que la mortalité est plus grande dans les trois derniers mois de la grossesse, que dans les six premiers. Ainsi dans les trois derniers mois :

Grisolle constate	4	morts sur	4	cas, soit	100	%
Ricau	»	7	»	15	»	46.7 %
Bergesio	»	9	»	20	»	45 %
Coli	»	7	»	25	»	28 %
Flatté	»	44	»	119	»	36.9 %
Moyenne		14.2		36.6		51.3 %

Tandis que dans les pneumonies au cours des six premiers mois de la grossesse :

Grisolle constate	3	morts sur	13	cas, soit	23	%
Ricau	»	5	»	28	»	17.9 %
Bergesio	»	10	»	34	»	29.4 %
Coli	»	3	»	15	»	20 %
Flatté	»	22	»	94	»	23.4 %
Moyenne		8.6	»	37	»	27.2 %

Notre statistique signale 3 morts sur 16 cas dans les trois

derniers mois de la gestation, soit une mortalité de 18.7 % et 2 morts sur 13 cas dans les six premiers mois, ce qui fait 16 % ; la mortalité est donc un peu plus élevée dans les trois derniers mois de la grossesse.

L'expulsion du fœtus a été signalée aussi comme une circonstance aggravant le pronostic pour la mère.

Ainsi, Grisolles sur 9 cas avec expulsion note 7 morts, soit, 77.8 %

Gusserow	12	»	7	»	58.3 %
----------	----	---	---	---	--------

Ricau	21	»	10	»	47.6 %
-------	----	---	----	---	--------

Flatté	78	»	29	»	38.7 %
--------	----	---	----	---	--------

Nous avons constaté sur 16 cas où l'expulsion a eu lieu 5 morts, soit 31.2 %. Mais dans ces cas, se serait plutôt, comme nous l'avons déjà dit, la gravité de la pneumonie qui est la cause de cette gravité.

Si le pronostic pour la mère n'est pas relativement très grave, il est au contraire très grave pour l'enfant. Tous les enfants, expulsés avant le septième mois de la grossesse, meurent fatalement ; parmi ceux qui sont expulsés après cette époque, un certain nombre a la chance de vivre, mais avec grand risque de succomber, soit parce qu'ils naissent chétifs, soit parce qu'ils ont été déjà infectés par la maladie.

Ricau constate 7 morts sur 10 enfants nés pendant les trois derniers mois de la grossesse.

Flatté sur 124 a signalé 54 morts, ce qui donne une mortalité de 43.5 %.

Sur 32 cas, nous constatons 9 morts soit 28 %.

CHAPITRE VII

Traitement.

Le traitement de la pneumonie pendant la grossesse et celui de la pneumonie en général est le même ; il reste toujours symptomatique et diététique, et doit varier suivant les conditions individuelles et selon les symptômes présentés. Toutefois nous devons noter quelques particularités et précautions qu'exige du traitement l'état gravidique de la femme.

Et d'abord dans les cas bénins où la pneumonie se présente avec des symptômes peu redoutables, nous pensons qu'il faudrait les combattre par les moyens ordinaires, s'opposer à l'accouchement s'il menace de se produire, surtout dans les premiers mois de la grossesse et éviter tous les moyens actifs qui sont capables de provoquer les contractions utérines, telle que : la saignée, l'application des sangsues ou des ventouses scarifiées, l'emploi du tartre stibié.

Mais il se pose une importante question, à savoir : si dans les cas de pneumonie grave survenue dans les trois derniers mois de la grossesse, il y a lieu de recourir à l'accouchement prématuré artificiel.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur cette question.

Pour Flatté, cette intervention est formellement contre-indiquée. L'influence nuisible de la déplétion de l'utérus sur la circulation et sur le cœur surmené resta toujours la même. Au contraire, il considère comme rationnel d'arrêter par tous les moyens possibles (injection de morphine, hydrate de chloral, narcotiques) toute manifestation spontanée du travail et dans les cas où tous les moyens ont échoué et où la femme entre manifestement en travail, il conseille d'abrégier ce stade nuisible à la respiration et à la circulation de la mère pneumonique par l'intervention artificielle (rupture de membranes, application du forceps).

Pour d'autres, au contraire, on doit recourir à cette intervention chaque fois que la pneumonie est très grave et quand l'enfant est vivant et viable ; tels sont : MM. Stoltz, Chatelain, Marchant, Ricau, Gaulard, etc.

« Dans un cas grave, dit Gaulard, menaçant la vie de la femme et de son produit, quand tous les modes de traitement ont échoué, je pense qu'il faut imiter la conduite que nous ont si courageusement tracée MM. Thirion et Aran et provoquer l'accouchement prématuré artificiel. Puisque la méthode a donné des succès, je considérerais comme tout à fait contraire aux principes de la science et de l'humanité d'en refuser le bénéfice à une malade dont les jours seraient compromis. »

Nous croyons que cette intervention ne doit être pratiquée que lorsque l'état de la malade est désespéré et la vie de l'enfant compromise. Enfin, il est une condition qui doit être prise en considération : c'est la possibilité de transmission de la maladie à l'enfant, transmission qui aura, nous semble-t-il, d'autant moins de chance de se produire, qu'on le soustraira plus tôt aux attaches maternelles.

CONCLUSIONS

I. — La pneumonie qui survient au cours de la grossesse n'atteint pas une gravité beaucoup plus grande pour la mère qu'en dehors de cet état. Cette mortalité est loin d'être si élevée qu'on peut le croire. Notre statistique ne nous permet pas de considérer la pneumonie comme plus grave dans les derniers mois de la grossesse que dans les premiers, la mortalité étant à peu près égale dans les deux cas.

II. — L'interruption de la grossesse est une conséquence fréquente de la pneumonie intercurrente.

III. — Plus la grossesse est près de son terme, plus elle risque d'être interrompue.

IV. — La mère meurt rarement avant l'expulsion du fœtus.

V. — L'expulsion prématurée du fœtus ne paraît pas aggraver la marche de la pneumonie, elle déterminerait, au contraire, souvent une amélioration dans l'état de la malade.

VI. — Le pronostic pour l'enfant est toujours très grave, surtout lorsque l'expulsion a lieu avant le septième mois de la grossesse ; après cette époque il peut survivre.

VII. — La pneumonie gravidique à marche ordinaire doit être traitée comme la pneumonie en général ; éviter tous les moyens énergiques qui peuvent provoquer des contractions utérines et, si le travail se déclare, tâcher de l'enrayer par tous les moyens possibles.

Dans les cas graves, lorsque l'enfant est vivant et viable et que tous les autres moyens ont échoué, on agirait sagement en provoquant l'accouchement artificiel.

Vu :
Le 11 juillet 1900.
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
SPILLMANN.

VU PAR LE DOTEY :
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDRAL et GAVARET. — *Annales de chimie et de physique*, 1843.
ARAN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1857-58.
AUVARD. — *Arch. de tocologie*, 1888.
AYMARD. — *Thèse de Paris*, 1891.
BARTH. — *Dictionn. encyclopédique* (art. pneumonie).
BAR. — *Arch. de gynécologie*, 1880.
BARTHÉLEMY. — *Th. de Toulouse*, 1891.
BAUSQUET. — *Gaz. Hebdom.*, 1897.
BEHIER. — *Ann. de gynécologie*, 1874.
BERGESIO. — *Annali di ostetricia*, 1874.
BERTAUX. — *Revue de clin. et de thérap.*, 1887.
BOULAY. — *La pneumonie lobaire*, 1893.
BOURGEOIS. — *Mém. Acad. méd.*, 1861.
BRIÉGER. — *Charité Annalen*, 1866.
BROWN-SÉQUARD. — *Journal de physiologie*, 1858.
CAPURON. — *Traité d'accouchement*.
CAZEAUX. — *Traité d'accouchement*, 1870.
CHAMBERLENT et SAINT-HILAIRE. — *Société de biologie*.
CHATELAIN. — *Journal de Bruxelles*, 1870.
CHARPENTIER. — *Traité d'accouchement*.
CHENEVIÈRE. — *Th. de Strasbourg*, 1874.
COLI. — *Th. de Bologne*, 1885.
DE LA MOTTE. — *Traité complet des accouch.*, 1822.
DÉSORMEAUX. — *Dictionn. en 50 vol.* (art. avort.).

- DEVILIER. — *Dictionn. de méd. prat.*, 1866 (art. avort.).
- DOHRN. — *Mon. f. Geb.* t. XXIV.
- DOLÉRI. — *Arch. Tocol.*, 1874. — *Société de biologie*, 1883.
- DOLÉRI et QUINQUAUD. — *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1888.
- DORÉ. — *Th. de Paris*, 1883.
- EICHHORST. — *Deutsch. Arch. f. klin. méd.*, Bd. XI.
- FALKINER. — *Briti. medic. Journal*, 1889.
- FISCHL. — *Prager vierteljahresschrift*, 1875.
- FLATTÉ. — *Th. de Paris*, 1892.
- FOA-UFFREDUZZI. — *Deutsch. Wochensch.*, 1886. — *Reform. med.*, 1887.
- FRAENKEL. — *Fortsch. f. Kl. med.*, 1883.
- GAULARD. — *Traité d'accouchement*, 1894.
- *Comm. à la Société obst. de France*, 1892.
- GILLET. — *Gazette des Hôpitaux*, 1875.
- GRISOLLE. — *Traité de pneumonie*, 1^{re} édit., 1841, 2^e édit., 1864.
- GUSSEROW. — *Monatsch. f. Geb.* Bd. XXXII.
- HECKER. — *Klin. der Geb.*
- HOFMEYER. — *Centralb. f. gyn.*, 1884. — *Revue de Hayem*, 1886.
- HUTCHINSON. — *Médico-chirurg. transactions*, 1846.
- JACCOUD. — *Clinique médicale*.
- JURGENSEN. — *Volken sand. Klin. vort.*, n° 1.
- LELFELDT. — *Th. Berlin*, 1885.
- LÉVY. — *Arch. f. expér. path.*, 1889.
- MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses*, 1740.
- MARCHANT. — *Journal de Bruxelles*, 1872.
- MARTINEAU. — *Bull. gén. therap.*, 1874.
- MATTON. — *Journal de Bruxelles*, 1872.
- MUNDE. — *American Journal of obstetrics; the pneumonia of pregnant and puerperal Women*, 1874.
- NETTER. — *Société de biologie*, 1886-1889.
- NÉGRI. — *Annal. di obstetri*, 1886, et *Centralbl. f. Gyn.*, 1886.
- PETER. — *Clin. méd.* (Grossesse et maladie du cœur).
- *Union méd.*, 1872.
- PINARD. — *Dictionnaire de Dechambre* (art. Grossesse).
- PUTEGNAT. — *Path. int. du syst. respiratoire*, 1839.

- REGNARD. — *Recherches sur les combustions respiratoires*, Paris, 1879.
- REQUIN. — *Éléments de path. méd.*, Paris, 1846.
- RICAU. — *Th. Paris*, 1874.
- RUNGE. — *Arch. fur Gyn.*, XXV, et *Volkm. saml. Klin. vort.*
- SLAVIANSKI. — *Arch. de phys. norm. et path.*, 1874.
- STOLL (Max.). — *Méd. prat.*, 1855.
- STOLTZ. — *Dictionn. méd. et chir. prat.* (art. Grossesse), 1873.
- TALAMON. — *Société anat.*, 1883 ; *Progrès médical*, 1883.
- TARNIER et BUDIN. — *Traité d'accouchement*.
- THIRION (de Namur). — *Journal de Bruxelles*, 1844.
- VALSALVA. — *Morgani*, 20^e lettre.
- VERLET. — *Progrès médical*, 1888.
- VERRIER. — *Comptes rendus de l'Acad. de méd.*, 1865.
- *Bull. de l'Acad. de Belgique*, n^o 5, 1868.
- WALLICH. — *Annales de Gyn.*, 1889.
- WATELLE. — *Union méd.*, 1872.
- WERNICH. — *Berlin Beit.*, t. II ; *Deutsche Klin.*, 1873 ; *Berlin Klin. Woch.*, 1873.
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique	7
CHAPITRE II. — Observations	19
CHAPITRE III. — Étiologie, pathogénie et fréquence	35
CHAPITRE IV. — Influence de la grossesse sur la marche de la pneumonie	40
CHAPITRE V. — Influence de la pneumonie sur la marche de la grossesse.	48
CHAPITRE VI. — Pronostic	54
CHAPITRE VII. — Traitement	57
CONCLUSIONS	59
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	61

